

*(Comunicación publicada en el libro del VI SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA “Resultados, Gestión y Liderazgo” I.S.B.N. : 84-611-0010-7 Depósito Legal: GR-547/06 Granada, mayo 2006)*

## **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA AGITACIÓN EN ADOLESCENTES CON PSICOSIS.**

### **INTRODUCCIÓN**

La unidad de psiquiatría de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, atiende a todos los adolescentes con trastorno mental agudo de la Comunidad de Madrid y mantiene unas estadísticas que describen entre algunos datos que durante los años 2000 a 2002, el 16,5 % de los diagnósticos emitidos al alta de los pacientes era de psicosis.

El primer episodio psicótico, generalmente acompañado de la primera hospitalización del paciente, supone el motor de arranque y puesta en marcha de una serie de intervenciones dirigidas a la instauración del mejor tratamiento posible y a la prevención secundaria de la enfermedad.

Además, una intervención temprana debe tener el potencial de reducir el impacto de la enfermedad (suicidio, estigma y reducción del estatus social).

El creciente reconocimiento por parte de los profesionales de esta fase como un momento decisivo del que va a depender el grado de discapacidad que padecerá el paciente como consecuencia de su enfermedad, exige centrar nuestro esfuerzo en desarrollar planes de cuidados estandarizados.

Estos se definen como unas guías detalladas que muestran y predicen los cuidados para cada situación específica.

La estandarización facilita la inclusión de datos que se repiten en las mismas situaciones, y permite no omitir aquellas decisiones y acciones que debieran formar parte de un buen plan de cuidados.

A pesar de las evidentes ventajas contenidas en la utilización de la estandarización en los planes de cuidados, la bibliografía más reciente aún sigue denunciando la no incorporación definitiva y generalizada de este instrumento.

Dentro del proceso conocido como brote o episodio psicótico, el riesgo de agitación por parte del paciente es muy elevado. Dicho estado de agitación supone un amplio abanico de sentimientos hostiles y conductas agresivas. Los análisis descriptivos de las respuestas agresivas muestran que la magnitud de este problema es considerable. En los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica, alrededor de un 40 % realizan conductas agresivas (1).

La agresividad se define como una pulsión innata del ser humano que se manifiesta como violencia cuando las capacidades de inhibición del sujeto disminuyen (2). Este estado de agresividad, bien sea potencial o bien real, desconcierta al personal sanitario y al propio paciente, involucrados ambos en una ruptura del proceso habitual de desarrollo de relación terapéutica que conlleva un conocimiento mutuo desde la confianza y la aceptación de distintos roles que se van a ir desarrollando. El vínculo relacional que se establece entre el enfermo y el profesional va a condicionar el logro de las metas preestablecidas, ocupando los cuidados enfermeros un lugar privilegiado en los diferentes niveles del proceso de atención al paciente.

Atendiendo a la NANDA, el problema de la agresividad se etiqueta como Riesgo de Violencia, implicando que el objetivo fundamental de los cuidados enfermeros se dirige a la prevención de la conducta violenta en los pacientes y/o situaciones de riesgo (2).

La información disponible respecto a los procedimientos más adecuados para prevenir o contener la agresividad no es concluyente y prevalece la necesidad de tomar decisiones con respecto a este

evento.

Hoy en día, en los nuevos modelos de atención a la Salud Mental se apuesta por un trabajo multidisciplinar e integrado, considerando factores socioeconómicos relacionados con la enfermedad y apostando por la prevención.

Además, se requieren cambios en las actitudes y aptitudes, y es aquí donde podemos observar la evolución de las funciones del personal de enfermería en el campo de la salud mental, su papel actual y las habilidades básicas que ha de poseer para la relación de ayuda a los enfermos mentales. La enfermera de salud mental debe tener unas cualidades personales, unos conocimientos específicos para poder además de desarrollar las funciones básicas de enfermería (administración, docencia, asistencia e investigación), garantizar los conocimientos de los mecanismos psicológicos y psicopatológicos que actúan en el ser humano. (3)

Estos datos motivan nuestro interés por estimar las actuaciones mas adecuadas para esclarecer una guía de cuidados que permitan desarrollar nuestra praxis de forma unificada y con criterios consensuados y de calidad.

Por tanto, las técnicas terapéuticas no deben estar sujetas a la improvisación, sino que serán el resultado de una adecuada organización de la asistencia.

Es importante la claridad y la concreción de los planes de cuidados, ya que favorecerán la orientación de los problemas que se pretenda resolver. (4)

Nuestro objetivo será alcanzar un consenso para el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado centrado en la agitación en adolescentes con psicosis.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio cualitativo retrospectivo utilizando el grupo nominal como técnica de consenso. Previamente, se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de los Diagnósticos Enfermeros prevalentes en el caso de adolescentes con agitación psicótica.

El análisis de los resultados se desarrolló en primer término mediante la interpretación exhaustiva de la información recogida, siempre encuadrada en el marco teórico de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson, y posteriormente, mediante el establecimiento de un acuerdo respecto a las etiquetas diagnósticas, los criterios de resultados y las intervenciones más significativas para el adecuado desarrollo y seguimiento de un plan de cuidados estandarizado.

La información con la que se ha trabajado se compone en su totalidad de las historias clínicas de enfermería de cada sujeto, sin interaccionar directamente con la persona en ningún momento. Cada historia clínica de enfermería contiene los datos referentes a cada una de las etapas que se han seguido dentro del Proceso de Atención de Enfermería.

El grupo nominal se compuso de 5 enfermeros de la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y la muestra estudiada se compone de 50 historias clínicas de adolescentes diagnosticados al alta de Trastorno Psicótico según los criterios diagnósticos de esquizofrenia del DSM-IV, durante el período comprendido entre Junio de 2003 a Julio de 2004.

Como consideraciones éticas, se ha tenido en cuenta en todo momento la confidencialidad de los datos estudiados en cada paciente. Se ha considerado en la realización del estudio, el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y se ha realizado un exhaustivo seguimiento de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos constan de 6 etiquetas diagnósticas con distintos criterios de resultados e intervenciones en torno a los cuidados enfermeros para un adolescente psicótico con riesgo de agitación o con un proceso en tiempo real de agresividad.

### **Diagnóstico 1: Trastorno de la percepción sensorial: auditiva**

Resultado(NOC): (0902) Comunicación

Intervenciones (NIC): Escucha activa(4920)

#### **Actividades:**

- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés en el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.
- Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Intervenciones (NIC): Manejo de ideas ilusorias (6450)

#### **Actividades:**

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
- Dar al paciente oportunidades de discutir las ilusiones con el cuidador
- Evitar discutir sobre las creencias falsas; establecer dudas concretas.
- Evitar reforzar las ideas ilusorias.
- Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo.
- Ayudarle, si procede
- Vigilar el estado psíquico del paciente.
- Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Tranquilizar al paciente.

- Disponer la comodidad y seguridad del paciente y los demás cuando el paciente sea incapaz de controlar su conducta (ambiente limitado, restricciones de área, sujeción física)
- Disminuir los estímulos ambientales excesivos si es necesario.
- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si es necesario.
- Informar sobre los medicamentos al paciente.
- Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.

### **Diagnóstico 2: Trastorno de los procesos del pensamiento**

Resultados(NOC): (0901) Orientación cognitiva.

Intervenciones (NIC): Orientación de la realidad (4820)

#### **Actividades:**

- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.
- Vestir al paciente con prendas personales.
- Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.
- Establecer un ambiente de baja estimulación para el paciente en el que la desorientación aumente debido a la sobreestimulación.
- Disponer siestas adecuadas de descanso/sueño durante el día.

Resultados (NOC): (1403) Control del pensamiento distorsionado

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)

#### **Actividades:**

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

*Intervenciones (NIC): Manejo de las alucinaciones (6510)*

***Actividades:***

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
- Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.
- Mantener un ambiente de seguridad.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Fomentar una comunicación clara y abierta.
- Proporcionar al paciente oportunidad de comentar las alucinaciones
- Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
- Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.
- Señalar, si se pregunta, que uno no está experimentando los mismos estímulos.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.
- Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.
- Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta.
- Ayudas en los autocuidados
- Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones.

*Intervenciones (NIC): Manejo del delirio (6440)*

***Actividades***

- Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.
- Fomentar las visitas de seres queridos si procede.
- Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente.
- Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.
- Responder al tono del tema/ sentimiento, en lugar de al contenido de la alucinación o ilusión.
- Retirar los estímulos, cuando sea posible, que crean una percepción equivocada en un paciente particular.
- Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes y las sombras.

- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Mantener un ambiente libre de peligros.
- Disponer un nivel adecuado de supervisión /vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
- Disponer limitación física, si es necesario.
- Evitar frustrar al paciente, con preguntas de orientación que no puede responder.
- Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario.

### **Diagnóstico 3: Ansiedad**

Resultados (NOC): (1402) Autocontrol de la ansiedad

Intervenciones (NIC): Intervención en caso de crisis (6160)

#### **Actividades:**

- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis

Intervenciones (NIC): Aislamiento (6630)

#### **Actividades:**

- Obtener la orden médica, si así lo requieren las normas institucionales, para practicar la intervención físicamente restrictiva.
- Designar al enfermera de referencia
- Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño el mismo o al personal.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Administrar medicamentos , si precisa, para ansiedad o agitación
- Evaluar, regularmente, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva en el paciente.
- Determinar la necesidad del paciente, de continuar con el aislamiento.
- Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados enfermeros proporcionados durante la intervención y el fundamento para suspender dicha intervención.
- Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervención restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesario.

Resultado (NOC): (1401) Autocontrol de la agresión

Intervenciones (NIC): Manejo de la conducta (4350)

#### **Actividades:**

- Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.
- Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control.
- Consultar al ingreso con la familia la base cognitiva del paciente.
- Establecer límites con el paciente.
- Abstenerse de discutir o regatear límites establecidos con el paciente.
- Establecer una coherencia de turnos en el ambiente y la rutina de cuidados.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas
- Hablar en voz baja y con un tono suave.
- Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación
- Evitar proyectar una imagen amenazadora.
- Retirada de atención ante la reiterada conducta provocadora por parte del paciente.
- Reconocimiento de los esfuerzos de autocontrol.

*Intervenciones (NIC): Establecer límites (4380)*

***Actividades:***

- Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Identificar la conducta indeseable del paciente (cuando corresponda)
- Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.
- Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente en función de su situación.
- Establecer las consecuencias de aparición/ausencia de conductas deseadas.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje comprensible y no punitivo.
- Abstenerse de discutir o regatear acerca de las expectativas y consecuencias conductuales con el paciente.
- Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas adecuadas.
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.
- Modificar las expectativas y consecuencias conductuales, si es necesario, para acomodar los cambios razonables de la situación del paciente.
- Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.
- Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.

*Intervenciones (NIC): Sujeción física (6580)*

***Actividades:***

- Obtener orden médica para disponer una intervención de sujeción física.

- Proporcionar un ambiente privado aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.
- Designar a un miembro de personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
- Administrar medicamentos si precisa para la ansiedad o agitación
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción
- Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente, de las extremidades sujetadas.
- Permitir movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosión de la piel.
- Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Evaluar periódicamente la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Implicar al paciente, cuando corresponda, en la toma de decisiones para pasar a una forma menos restrictiva de intervención.
- Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
- Vigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción.
- Evaluar con el paciente y el personal, al cese de la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a la aplicación de la misma, así como cualquier inquietud del paciente a cerca de la intervención.
- Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de su cese.

Resultado (NOC): (1405) Autocontrol de los impulsos

Intervenciones (NIC): Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487)

**Actividades:**

- Eliminar las armas potenciales del ambiente.
- Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Registrar al paciente durante el procedimiento de ingreso y sus pertenencias por si tuviera armas o armas potenciales, si procede.
- Limitar al paciente el uso de armas potenciales.
- Vigilar al paciente durante el uso de armas potenciales.
- Utilizar material desechable para las comidas.

- Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.
- Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.

Intervenciones (NIC): Precauciones contra fugas (6470)

**Actividades:**

- Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, ropas superpuestas, desorientación, ansiedad de separación y morriña).
- Clarificar el estado legal del paciente.
- Comunicar el riesgo al resto del equipo de enfermería y otros cuidadores.
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.
- Limitar al paciente a un ambiente físicamente seguro (puertas cerradas o con alarma en las salidas y ventanas selladas), si es preciso.
- Disponer medidas de seguridad, para limitar la movilidad, si es necesario (contención mecánica).
- Disponer una adecuada /vigilancia y control del paciente.
- Disponer dispositivos de adaptación para controlar la localización del paciente (videocámaras).
- Animar al paciente a que busque la ayuda del personal de enfermería cuando experimente sentimientos conflictivos ( ansiedad, ira y miedo) que puedan ocasionar la fuga.
- Proporcionar seguridad y comodidad.
- Discutir con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio del tratamiento.
- Identificar con el paciente, cuando sea posible, las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.

Resultado (NOC): (1406)Control de la automutilación

Manejo ambiental: seguridad (6486)

**Actividades:**

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta el paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos (químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

**Diagnóstico 4: Incumplimiento del tratamiento (psicofarmacológico)**

Resultados (NOC) :(1601)Conducta de cumplimiento

Intervenciones (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)

**Actividades:**

- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas.
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.
- Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- Establecer objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.
- Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas que tengan sentido.

#### **Diagnóstico 5: Trastorno de la identidad personal**

Resultados (NOC): (1202) Identidad

Intervenciones (NIC): Potenciación de la autoestima (5400)

##### **Actividades:**

- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar a conseguir objetivos realistas.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

#### **Diagnóstico 6: Riesgo de violencia autodirigida**

Resultado (NOC):(1211) Nivel de ansiedad

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820)

##### **Actividades:**

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Resultado (NOC): (1206) Deseo de vivir

Intervenciones (NIC): Prevención del suicidio (6340)

**Actividades:**

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Tratar y controlar el cuadro psicótico o sus síntomas que puedan poner al paciente en riesgo de suicidio.
- Administrar la medicación , si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.
- Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.
- Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.
- Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.
- Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros enfermeros.
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.

## CONCLUSIONES

Refleja este estudio, un grupo de diagnósticos enfermeros que prevalecen en un adolescente con psicosis, ingresado en una unidad de agudos, y que sufre un episodio de agitación o bien esta en riesgo de sufrirlo.

Queda consensuado, específicamente, el plan de cuidados que se realizaría en este caso, y con ello, disponemos del material adecuado, en cuanto a fiabilidad y validez, para estandarizar estos resultados e implementarlos en la Unidad de Agudos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Específicamente, destaca la importancia de centrar nuestro criterio enfermero y nuestra capacidad cognitiva para emitir el juicio clínico Ansiedad, siempre que esté presente, evitando

subestimar dicha etiqueta diagnóstica ya que nos va a inducir hacia la planificación de una serie de objetivos directamente relacionados con la agresividad; a saber, la agresividad supone un estado de ánimo de resentimiento y enfado, que aparece en respuesta al aumento de la ansiedad cuando el sujeto percibe una amenaza.

Destaca también, el comprobar que es necesario abordar la totalidad de las Clases que incluye el Campo 3 Conductual, para abarcar todas las intervenciones que a priori seleccionamos para el sujeto en estudio. Si nos limitamos a las intervenciones de una sola Clase, se corre el riesgo de no alcanzar todos los objetivos establecidos.

El criterio de resultados Identidad con el código 1202, supone un objetivo que se debe abordar de forma longitudinal durante la evolución del plan de cuidados, y se debe someter a una evaluación constante.

La intervención 6580 Sujeción física, una de las más estudiadas y debatidas intervenciones dentro de la actuación enfermera por su condición moral, y la intervención 4820 Orientación de la realidad, han sido en consenso, las intervenciones a las que se les ha asignado mayor prioridad y peso específico en el plan de cuidados al paciente psicótico agitado.

Sin duda, se inicia ahora la necesidad de estudios de investigación en profundidad para analizar los procesos de los casos individuales que van surgiendo en la Unidad, y así, poder validar mediante el método científico, nuestro plan estandarizado desarrollado en cualquier Unidad de Psiquiatría de Adolescentes.

Se hace evidente, que las diferencias entre la psicosis del adolescente y del adulto, son principalmente cuantitativas, y por tanto, el plan de cuidados se basa en los mismos criterios. A pesar de ello, existen peculiaridades en las intervenciones enfermeras ante un adolescente con psicosis, que es necesario seguir desarrollando.

Queda por tanto, definir más claramente todo este razonamiento desarrollado mediante un abordaje basado en la evidencia del propio juicio diagnóstico, que suponga un proceso de razonamientos inductivo y deductivo a partir de los datos de la valoración de cada paciente ingresado, mediante el cual, la enfermera/o clasifica una respuesta humana y su relación (causal o no) con otros factores.

Este tipo de estudios, sin duda contribuirá al conocimiento enfermero y no al conocimiento médico, como viene siendo tradicional en nuestra literatura científica e investigadora propia.

Como ya están justificando otros autores, necesitamos un modelo racional de decisión en la elección de resultados e intervenciones, mucho más vinculado a las características del diagnóstico, que pueda sustentarse en los juicios emitidos por la enfermera y no sólo a expensas de las recomendaciones basadas en consenso que establecen las distintas propuestas ya editadas.

Apoyamos con este estudio las conclusiones de otros profesionales de enfermería que afirman la innegable utilidad de las taxonomías NIC y NOC para la normalización del proceso enfermero y la estandarización de los cuidados.

Igualmente consideramos que el desarrollo de las taxonomías y su implantación informática que posibilite la optimización de la práctica enfermera, contribuirá indiscutiblemente al desarrollo profesional de la Enfermería en Salud Mental.

Queda comprobado por tanto, de forma evidente, la heterogeneidad de intervenciones enfermeras que se desprenden de una especialidad como es la Salud Mental. Y lejos de reducirse este tipo concreto de cuidados a saber escuchar al paciente, es necesario mantener de forma constante el grado de conocimientos adecuados para abordar al paciente desde una perspectiva holística, entorno a su contexto físico, psicológico y social.

## Bibliografía

1. López J, Álamo C, Cuenca E. Agresividad y psicofármacos reguladores e inductores de conductas de agresividad. *Psiquiatría.com* (Revista electrónica de psiquiatría) vol 3, nº 2 junio, 1999.
2. Fornés J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría: planes de cuidados*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005.
3. M.cCloskey D, Bulecheck GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004
4. Richard Martínez, M., Cabrero J., Vizcaya M. "El uso de los modelos de Enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996". *Cultura de los cuidados 1semestre-1999*. Año III-Nº 5
5. Morilla JC., Morales JM., Maratín FJ. Cuevas M. "El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de enfermería*. Dic 2005/ene 2006; 8(10): 58-62
6. Johnson M, Maas M, Moorheada S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
7. Jonson M, McCloskey D, Bulecheck GM et al. *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Ediciones Harcourt.Mosby. Barcelona 2002.
8. Lozano R, Machado MC, Del Pozo E, Romo J. Plan de cuidados estandarizado para el paciente adolescente con un primer episodio psicótico, siguiendo las taxonomías NANDA, NIC y NOC. En: XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. *Los cuidados de Salud Mental en el Laberinto de las Emociones*. ANESM; 2006. Abr.6-8; Málaga, España. Madrid; 2006.p.899-924.

Fecha Publicación: 12/06/2006

[\[Editar Noticia\]](#)